



* I C M O 1 1 *

**2.100 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
PRESCRIPTION EXTERNE
ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE À DOMICILE**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergie(s) : _____
Indication : _____

I. PHARMACIE(S) ET ASSURANCES

Pharmacie préparatrice : _____ Tél : _____ Fax : _____
Pharmacie communautaire : _____ Tél : _____ Fax : _____
Assurances : RAMQ Privées Autres : _____

II. ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE

Antibiotique(s)	Mode d'administration	Heure(s) d'administration	Servir à partir de (date/heure)

Renouveler ad date de fin prévue : _____

III. MAINTIEN DE LA PERMÉABILITÉ DU CATHÉTER INTRAVEINEUX

Type de cathéter : CCIVP (PICC Line) à Nombre de voie(s) : _____ Autre : _____
Longueur du cathéter : _____

Irrigation du cathéter	Moments d'administration
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9 % (seringue pré-remplie de 10 mL)	<input type="checkbox"/> Avant et après chaque dose d'antibiotique <input type="checkbox"/> Une fois par jour dans la voie non utilisée

Renouveler ad date de retrait prévue : _____

IV. PRISE DE SANG ET ENTRETIEN

- Prélèvement sanguin 1 fois par semaine le _____ (Se référer à la requête de laboratoires)
- Changement du pansement et des rallonges du PICC Line 1 fois par semaine par le CLSC
- Changement des batteries de la pompe CADD-Solis 1 fois par semaine par le CLSC
- Changement de la cassette et de la tubulure de la pompe CADD-Solis 1 fois par semaine par le CLSC

Préparé par pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____ Heure : _____

Signature du prescripteur : _____ Licence : _____ Date : _____ Heure : _____



* I C M O 1 1 *

**2.100 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
PRESCRIPTION EXTERNE
ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE À DOMICILE**

V. CONTINUITÉ DES SOINS

Date du prochain rendez-vous : _____

CLSC : _____ Tél : _____ Fax : _____

Infirmière de liaison : _____ Tél : _____

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter :

Pharmaciens ICM	Téléphone
Département de pharmacie de l'ICM (8h00 à 16h00) : 514-376-3330, poste 3510	

Préparé par pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____ Heure : _____

Signature du prescripteur : _____ Licence : _____ Date : _____ Heure : _____